

вреждении структурных элементов хориона и нарушении его функций. По данным ряда авторов, вышеперечисленные изменения в структуре плаценты являются обязательным признаком гестоза и плацентарной недостаточности, но в то же время, изменения, которые развиваются в плацентарной ткани в процессе беременности, являются следствием многих причин: реакции сосудов на гестоз и компенсаторных реакций, естественных инволютивно-дистрофических изменений, развивающихся вследствие «физиологического старения» плаценты. Таким образом, описанные морфологические изменения плацентарной ткани не являются достаточно специфичными для синдрома фетоплацентарной недостаточности, в связи с чем мы считаем необходимым проведение поиска таких морфологических параметров, которые смогут более точно отражать нарушения морфофункционального состояния плаценты.

Литература:

1. Савельева, Г. М. Плацентарная недостаточность / Г. М. Савельева, М. В. Федорова – Москва: «Медицина», 1991.
2. Малевич, Ю. К. Фетоплацентарная недостаточность / Ю. К. Малевич, В. А. Шостак – Минск, 2007.

РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ОБЕСПЕЧЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ НАСЕЛЕНИЯ

Метлашкова О.А., Блохина А.А., Лисовский П.Ч.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель Головкова Е.В.

Лечебно-профилактическую помощь населению осуществляет обширная сеть организаций здравоохранения, среди которых важное место занимают учреждения скорой медицинской помощи [1]. Основными задачами службы скорой помощи является оказание больным и пострадавшим медицинской помощи, направленной на сохранение и поддержание жизненно важных функций организма и доставка их в кратчайшие сроки в стационар для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи [2].

Целью данного исследования являлось изучение уровня, структуры обращаемости населения за доврачебной скорой медицинской помощью.

Материал и методы. Объектом исследования явилось население, обратившееся за скорой медицинской помощью одного из районов Гродненской области. На основе ретроспективного анализа сплошным методом изучены все случаи вызова скорой медицинской помощи (1930 пациентов) за 2008 год, обслуженных фельдшерами. Предусмотренная программой исследования информация выкопировывалась из первичной медицинской документации скорой медицинской помощи на специально-разработанные бланки.

Результаты и обсуждение. Основной массе пациентов (68,2%) медицинская помощь оказана в течение 30 минут после поступления вызова, в том числе у 9,3% этот промежуток составил менее 15 минут. Ввиду отдаленности некоторых населенных пунктов 3,1% больным и пострадавшим пришлось ждать скорую помощь 1 час и более. В целом продолжительность обслуживаемого вызова колебалась от 20 минут до 1,5 часа. Среднее время одного вызова составило $28,1 \pm 3,4$ минуты.

Основными поводами вызова скорой помощи явились головная боль (20,9%), «задыхается» (14,1%), боли в области груди (13,6%), высокая температура (12,1%), боли в области живота (11,7%), потеря сознания (7,8%), судороги (3,4%), несчастные случаи (2,6%) и прочие (13,8%). Причем, у мужчин преобладают несчастные случаи (в 4,7 раза), судороги (в 13,7 раза), потеря сознания (1,4 раза), высокая температура (в 1,2 раза) и боли в области живота (в 1,1 раза). Наиболее частым поводом у женщин по сравнению с мужчинами является головная боль (в 1,8 раза) и «задыхается» (в 2,6 раза).

Структура причин обращений населения за скорой помощью на основании диагнозов фельдшеров, обслуживающих вызова, выглядят несколько иначе. Их ранжирование (по убывающей) представляет следующую картину. Верхние позиции по нозологическим формам занимает артериальная гипертензия (18,9%), острые респираторные вирусные инфекции (11,9%), бронхиальная астма (11,7%), ишемическая болезнь сердца (9,3%), алкогольное опьянение и абстинентный синдром (6,0%), травматические повреждения (5,6%), вертеброгенная люмбагия, торакалгия (3,2%), судорожный синдром (2,5%).

В разрезе отдельных классов болезней (МКБ-10) основная доля обращений (80,2%) приходится на болезни системы кровообращения (34,7%), органов дыхания (25,2%), психические расстройства и расстройства поведения (7,7%), болезни органов пищеварения (7,0%), травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин (5,6%).

После оказания первой помощи каждый четвертый (23,3%) был госпитализирован, а 5,2% от предложенной госпитализации отказались. Часть вызовов (1,3%) по разным причинам оказались безрезультатными. Эффективность выездов фельдшера по скорой медицинской помощи в 61,9% случаев оценивается как улучшение состояния, в 37,6% – без перемен и в 0,5% констатирована наступившая смерть до приезда медработника.

Таким образом, при выборе организационных основ построения службы скорой (неотложной) медицинской помощи следует сохранить возможность дифференцированного подхода к выбору модели ее организации на местах с учетом особенностей региона, количества и структуры вызовов, построения сети учреждений здравоохранения, транспортной инфраструктуры, возрастного состава и других обстоятельств.

Литература:

1. Калининская, А.А. Научное обоснование потребности в объемах скорой и неотложной медицинской помощи /А.А.Калининская, С.И.Шляфер, А.К.Дзугаев, А.С.Морозов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. -№4. – С. 20–24.

2. Кудрявцева, В.В. Медицинская сестра педиатрической службы скорой медицинской помощи /В.В. Кудрявцева, А.И.Петрова // Медицинская сестра. – 2010. – №7. – С. 36–37.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННИХ ФОРМ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ

Микульчик С.Е.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра офтальмологии

Научный руководитель – ассистент Кринец Ж.М.

Актуальность. Эндокринную офтальмопатию рассматривают как многофакторное заболевание, которое развивается на фоне поражения щитовидной железы и проявляется изменениями органа зрения и мягких тканей орбиты. Она объединяет три формы заболевания, способных переходить друг в друга и различающихся не только жалобами и клиническими признаками, но и патоморфологическими изменениями: тиреотоксический экзофтальм, отечный экзофтальм и эндокринная миопатия [1]. Тиреотоксический экзофтальм – это клинический синдром, развивающийся на фоне тиреотоксикоза и включающий признаки повышения сократительной способности мышцы Мюллера. Болезнь поражает лиц трудоспособного возраста, значительно ухудшая качество жизни, и развивается чаще в тридцать – пятьдесят лет.

Цель исследования: изучить клинические особенности течения тиреотоксического экзофтальма.

Задачи и методы исследования. Нами обследовано 18 больных с тиреотоксическим экзофтальмом. Среди них преобладали женщины – 11 человек (61%), а мужчин было 7 (39%). Возраст больных колебался от двадцати шести до шестидеся-